نعمتی‌پور، زهرا؛ گلزاری، محمود(۱۳۹۴).بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده فرزند.*پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۵ (۱)*، ۶۹-۵۲.

بررسی اثر بخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده فرزند

زهرا نعمتی پور[۱] ، محمود گلزاری[۲]

دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۷

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی به شیوه گروهی، بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدار فرزند، انجام شد. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. ابزار مورد استفاده پرسشنامه کیفیت زندگی (SF- 36) بود. جامعه آماری پژوهش مادران داغدار فرزندی بودند که مدت سه ماه تا یکسال از مرگ فرزندانشان می گذشت و نمرات کیفیت زندگی آن ها پایین تر از یک انحراف معیار از میانگین جامعه بود. در این پژوهش ۱۸ مادر داغدیده بوسیله نمونه گیری داوطلبانه تعیین شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای، بصورت یک جلسه در هفته، برای گروه آزمایش به اجرا در آمد. نتایج تحلیل واریانس داده ها نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی کیفیت زندگی معنادار بوده است و مداخله درمانی به طور معناداری موجب ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده گردیده است. نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، در ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده موثر است .

کلید واژه‌ها: *مشاوره سوگ، درمان سوگ، دین، کیفیت زندگی.*

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، z_nematipour@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران، mahmoud.golzari@gmail.com

مقدمه

فقدان محبوب، تنش زاترین[1] واقعه‌ای است که هر فرد می‌تواند در زندگی خود تجربه کند(Boelen, 2006 سخت‌ترین و دردناک‌ترین تجربه داغدیدگی، از دست دادن فرزند است (Nassbaumer&Russel, 2003)؛ از دست دادن فرزند، سوگی بخصوص و بی‌مانند است که از انواع دیگر سوگ شدیدتر است و منجر به ایجاد نشانه‌های جدی‌تری می‌شود که مدت بیشتری نیز باقی می‌مانند. مرگ کودک موجب برهم‌خوردن تعادل خانواده می‌شود و تاثیرات نامطلوب این فقدان بر توازن خانواده، می‌تواند برای سال‌های متمادی بر جای بماند (Worden, 1992).به علاوه مرگ فرزند، از عوامل مهم خطر آفرین برای ایجاد سوگ پیچیده یا پاتالوژیک[2] است (Kersting, 2011).سوگ پیچیده یا پاتولوژیک، شکل طولانی شده و درمانده کننده سوگ است که به دلیل پیچیده شدن عوامل شناختی، رفتاری و محیطی- اجتماعی ایجاد می‌شود (Shear, 2007).سوگ پاتولوژیک اختلال عمده‌ای را در کیفیت زندگی ایجاد می‌کند و در فردی که دچار این نشانگان شده است، خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی، سوء مصرف مواد و الکل همچنین خودکشی، افزایش پیدا می‌کند (Simon, 2007).شدت سوگ پاتولوژیک، با گذر زمان و حتی پس از سال‌ها که از واقعه سوگ می‌گذرد، کاهش پیدا نمی‌کند و به طور خود به خودی درمان نمی‌یابد (Fujisawa, 2010). این طولانی شدن زمان برای سازگاری با فقدان، درجاتی از ناتوانی در عملکردهای فردی و اجتماعی را برای فرد داغدیده به دنبال دارد که در نهایت می‌تواند اثرات نامطلوبی بر ساختار خانواده و حتی جامعه داشته باشد(Worden, 1992).

همان‌طور که اشاره شد، سوگ تاثیرات نامطلوبی بر کیفیت زندگی فردی و اجتماعی افراد داغدیده دارد. اکثر متخصصین معتقدند که به طور کلی کیفیت زندگی دارای پنج بعد پذیرفته شده است:۱- فیزیکی، ۲- نشانه های روانی، ۳- اجتماعی، ۴- جسمی (نشانه‌های مربوط به بیماری و درمان)، ۵- احساس بهتر بودن از لحاظ روانی (Sadeqi, 2009). به طور کلی تاثیری که سوگ بر هر یک از ابعاد کیفیت زندگی می‌گذارد، عبارت است از:از لحاظ بعد فیزیکی و جسمی، رایج‌ترین احساس‌ها بدنی گزارش شده توسط کسانی که برای مشاوره سوگ مراجعه می‌کنند، عبارتند از: فشار سینه، گرفتگی گلو، حساسیت مفرط به سر و صدا، ضعف عضلات، فقدان انرژی، اختلال خواب، اختلال در اشتها و درد سوگ که هم شامل درد جسمانی عینی (که بسیار نیز شایع است) و هم شامل درد رفتاری و هیجانی، است. از لحاظ بعد نشانه‌های روانی، هیجان ها و احساسات منفی که فرد داغدیده تجربه می‌کند، عبارتند از: غمگینی، خشم، احساس گناه و سرزنش

1.Stressful
2.Complicated Grief

خود، اضطراب، درماندگی، شوک، بی‌احساسی و بی‌لذتی. از لحاظ بعد اجتماعی، تمایل به کناره‌گیری از دیگران و فقدان علاقه به دنیای بیرون برای کسانی که متحمل فقدان شده‌اند، امری شایع است. از لحاظ احساس بهتر بودن از نظر روانی (که به این مفهوم اشاره دارد که زندگی فرد تا چه اندازه دارای هدف و معنا است)، فقدان ناشی از مرگ می‌تواند ارزش‌های بنیادی و عقاید فلسفی درباره زندگی فرد را به چالش اندازد، به طوری که فرد به دنبال معنایی برای فقدان و تغییرات زندگی ملازم با آن است، تا بتواند آن را معنادار سازد و مجددا بر زندگی خود تسلط پیدا کند (Worden, 1992).

در رابطه با سوگ و داغدیدگی دو رویکرد مداخله‌ای متمایز وجود دارد: مشاوره سوگ و درمان سوگ. مشاوره سوگ عبارت است از کمک به فرد داغدیده جهت تسهیل سوگ بی‌عارضه یا بهنجار، تا تکالیف سوگواری در چهارچوب زمانی مناسب انجام شده و هر گونه اشتغال ذهنی ناتمام با متوفی برطرف شود. درمان سوگ عبارت است از تکنیک‌های ویژه‌ای که برای کمک به کسانی که دچار سوگ پاتولوژیک هستند یا در معرض خطر ابتلا به آن قرار دارند، به کار می‌رود (Worden, 1992).Houwen و همکاران (2010)، در زمینه مشاوره سوگ و تسهیل فرآیند سوگواری، پژوهشی در قالب مداخله اینترنتی کوتاه مدت کمک به خود[1]، انجام دادند که این مداخله از طریق پست الکترونی، صورت گرفت؛ نتایج این پژوهش نشان داد که نوشتن احساسات در مورد متوفی، باعث کاهش دلتنگی، افزایش هیجان‌های مثبت و تسهیل فرآیند سوگواری در افراد سوگوار می‌شود، ولی این عمل روی کاهش علائم سوگ، تاثیری ندارد. در زمینه درمان سوگ،Kissane و همکاران (2006) در پژوهشی، درمان سوگ متمرکز بر خانواده را بر روی خانواده‌هایی که در معرض خطر ضعیف شدن کارکرد روانی-اجتماعی بودند، انجام دادند؛ این درمان در طی ۳ ماه با بهبود قابل توجهی در افسردگی و نشانه‌های سوگ پاتولوژیک اعضای ۸ خانواده شرکت کننده در طرح پژوهشی همراه بود؛ Neimeyer و همکاران (2010)، درمان سازندگی گرای سوگ[2] که بر ایجاد معنا در زندگی داغدیدگان تاکید دارد را، بر کاهش نشانه های سوگ این افراد موثر ارزیابی کردند. Solomon &Rando (2010)، از رواندرمانی تجربی- حمایتی حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR)، برای درمان سوگ استفاده کردند؛ این پژوهش نشان داد، ۸ مرحله این مداخله درمانی می‌تواند برای یکپارچه سازی خاطرات و تجربیات پریشان کننده و غم بار مرتبط با فقدان، تسهیل درون سازی[3] و انطباق[4] با فقدان و پیشروی در فرآیند سوگواری کمک کننده باشد. امروزه شواهد مبتنی بر این

1.Brief Internet-Based Self-Help Intervention
2.Constructivist Grief Therapy
3Assimilation
4.Accommodation

امر که درمان انتخابی برای سوگ، درمان شناختی- رفتاری[1] است، افزایش پیدا کرده است (Boelen, 2006). در این راستا،Boelenو همکاران (2007)، در پژوهشی به مقایسه درمان شناختی- رفتاری و مشاوره حمایتی[2]پرداختند و نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری که آموزش روانی و بازسازی شناختی را با هم ترکیب می‌کند، برای درمان سوگ و برطرف ساختن نشانه‌های سوگ و افسردگی افراد موثر است.Shear و همکاران (2005)،درمان شناختی- رفتاری را بر نشانه‌های سوگ پاتولوژیک و بهبود وضعیت سلامت روان افرادسوگوار، موثر ارزیابی کردند. مداخلات شناختی- رفتاری صورت گرفته در پژوهش آن‌ها عبارت بودند از: بازسازی شناختی، تمرین برقراری ارتباط با فرد از دست رفته، کمک به ایجاد هدف و معنا در زندگی، برنامه ریزی وقایع لذت بخش در زندگی. همچنین Bennettو همکاران (2012) مداخله شناختی- رفتاری را بر روی مادرانی که دچار سقط جنین شده بودند، انجام دادند که در نتیجه آن علائم سوگ در مادران کاهش یافت. Spuij و همکاران (2012) نیز در پژوهشی، مداخله شناختی- رفتاری ۹ جلسه‌ای را بر روی کودکان مبتلا به سوگ طولانی شده، به همراه ۵ جلسه مشاوره روی والدین آن‌ها، ارزیابی کردند و این مطالعه نشان داد که این مداخله درمانی، کاهش علائم سوگ در این کودکان را درپی داشته است.پژوهش‌های دیگری نیز، درمان شناختی- رفتاری را بر بازیابی حافظه خودکار زندگی نامه‌ای[3]، کاهش علائم سوگ و جلوگیری از ایجاد سوگ پاتولوژیک، موثر ارزیابی کردند (Wagner &Mearcker, 2008 ؛ Maccallum& Bryant, 2011 ؛ Murray, 2008 ؛ De Groot, 2007).

محققان معتقدند که مفیدترین و منطقی‌ترین راهی که از طریق آن بتوان بیشترین کمک را به افرادی که در معرض خطر ابتلا به سوگ پاتولوژیک هستند، صورت داد، این است که بر روی راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها تمرکز شود (Robinson &Marwit, 2006). در این راستا Coxو همکاران (2007)،با آموزش مهارت-های مقابله با فشار روانی حاصل از سوگ به نوجوانان بوسنیایی جنگ زده، به کاهش نشانه‌های سوگ و بهبود سطح سلامت روان آن‌ها کمک کردند. Pargament دین را به عنوان راهبردی برای مقابله یا کنار آمدن[4]با فشار روانی و حل مشکلات شخصی معرفی کرد(Wulff, 1997).میزان نقشی که دین در عقاید و علایق فرد دارد، به طور جدی ادراک فرد را از فشارهای زندگی تغییر می‌دهد و باعث می‌شود فرد وقایع آسیب زا را بهتر تحمل کند و آن ها را کمتر تهدید کننده و بیشتر قابل کنترل و مدیریت ادراک کند (Moreira, 2006).در این زمینه Azhar&Vama (1995)، پژوهشی با هدف بررسی اثر روان درمانی مذهبی،

1.Cognitive Behavior Therapy
2.Supportive counseling
3.Autobiographical Memory
4.Coping

به عنوان روشی برای مدیریت داغدیدگی، انجام دادند که در آن بیماران داغداری که اعتقادات مذهبی بالاتری داشتند، وقتی که روان درمانی مذهبی به رویکرد درمانی شناختی- رفتاری اضافه شده بود، بهبود سریع‌تری را نشان دادند. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از اثر بخش بودن این مداخلات در بهبود نشانه‌های سوگ و در نتیجه آن، ارتقاء سطح کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن است. در این پژوهش، از هر دو روش مداخله برای سوگ، یعنی هم مشاوره سوگ و هم درمان سوگ، استفاده شده است. مداخله درمانی که در پژوهش حاضر بر روی مادران داغدیده صورت گرفته است، یک مداخله ابداعی است که برگرفته از رویکرد شناختی- رفتاری به درمان است. به این صورت که در این مداخله، به افراد کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمدی را که در نتیجه وارد شدن این مصیبت در آن‌ها ایجاد شده، تغییر بدهند. وجه تمایز این پژوهش با پژوهش‌های دیگری که در زمینه درمان شناختی- رفتاری سوگ صورت گرفته است، این است که تغییر در الگوی افکار ناکارآمد افراد داغدیده با استفاده از آموزه های دینی و با هدف ایجاد نگرشی واقع بینانه و اسلامیبه مساله فقدان صورت گرفته است. در این مداخله، دین به عنوان یکی از راهبردهای موثر مقابله با مصائب و سختی‌ها (Pasandideh, 2005)، در نظر گرفته شده است. ضرورت استفاده از مداخله‌ای با رویکرد دینی در پژوهش حاضر، بدین علت احساس شد که فرهنگ جامعه ایران، یک فرهنگ اسلامی است که آموزه‌ها و اعتقادات دینی، به طور چشمگیری با زندگی مردم آمیخته شده است (Faqihi, 2005) و در عین حال، در زمینه بهداشت روانی، این عقیده به طور رایج وجود دارد که روان درمانی های مبتنی بر فرهنگ، موثرتر و از نظر پذیرش درمانی برترند (Teseng, 2004)؛ در حالی که بر اساس بررسی‌های انجام شده، پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه کاهش شدت تجربه سوگ در ایران- شامل: تاثیر فیلم درمانی بر کاهش شدت تجربه سوگ نوجوانان دختر داغدیده (Moulaei, 2009) و اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ ناشی از واقعه زلزله بم (MahmoudiQaraei, 2006) از راهبردهای مقابله‌ای که به طور ویژه برخواسته از فرهنگ دینی و اسلامی ما باشد، استفاده نشده است. به علاوه، تحقیقات نشان می‌دهند که باورها و مداخلات معنوی و مذهبی می‌تواند در پیشگیری و بهبود طیف وسیعی از بیماری‌های مزمن و کنار آمدن با مرگ عزیزان، موثر باشد (Richards &Bergin, 2005).در زمینه سوگ، نیاز به مداخله‌ای با رویکردی دینی، بیشتر از سایر اختلالات روانشناختی احساس می‌شود. زیرا فقدان فرد محبوب باعث ایجاد احساس گم گشتگی در اعتقادات، جهت و هدف زندگی فرد سوگوار می‌شود که این امر، خود عاملی در جهت ایجاد احساس گناه بیشتر و طولانی شدن سوگ است (Worden, 1992).

علت انجام پژوهش حاضر بر روی مادران داغدیده این است که تحقیقات نشان می‌دهد، افرادی که زمان بیشتری را با فرد متوفی گذرانده‌اند و دلبستگی بیشتری با او داشته‌اند، به طور قابل توجهی، امکان بیشتری برای تجربه سوگ پاتولوژیک نشان می‌دهند (Ferrario&Piredda, 2004).در میان اعضای خانواده، مادر به دلیل نزدیکی بیشتر به فرزند، سوگ را با شدت بیشتری تجربه کرده و احتمال عارضه‌دار شدن سوگ در وی، بیش از سایر افراد خانواده است. در عین حال، مادران نقش مهمی را در کمک به برقراری تعادل در خانواده، بعد از وقوع این بحران زندگی، دارا هستند (Stroebe, 2006).

براساس آن چه گفته شد، سوال پژوهش حاضر این است که آیا مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده فرزند موثر است؟

روش

روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری عبارت بود از مادران داغدیده‌ای که کودکانشان را در مرکز طبی کودکان شهر تهران از دست داده بودند و مدت سه ماه تا یک سال از مرگ کودکانشان گذشته بود. مدنظر قرار دادن مدت حداقل سه ماه و حداکثر یک سال از زمان مرگ کودک، به این دلیل بود که مداخله درمانی سوگ نباید با فاصله زمانی خیلی کوتاه پس از وقوع فقدان صورت بگیرد، زیرا ممکن است جلوی فرآیند سوگواری طبیعی را بگیرد. در عین حال مداخله زمانی بیشترین تاثیر را دارد که سوگ پیچیده‌تر شده و یا خطر پیچیده‌تر شدن سوگ بالا است (Wittouck, 2010).در این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه (در دسترس) استفاده شد. نمونه-گیری به این صورت انجام گرفت که از مسئولین مرکز طبی کودکان خواسته شد تا فهرستی از تمامی خانواده‌هایی که از زمان مرگ کودکانشان مدت سه ماه تا یک سال گذشته بود، در اختیار قرار دهند که این فهرست شامل حدود ۱۲۰ خانواده بود که در میان آن ها حدود ۷۰ خانواده ساکن تهران و بقیه ساکن دیگر شهرهای ایران بودند. با تمامی خانواده‌های ساکن تهران برای تشکیل گروه آزمایش و شرکت در جلسات آموزشی، تماس گرفته شد که در میان آن ها تنها ۲۳ مادر داغدیده، برای شرکت در دوره آموزشی، ابراز تمایل کردند. ملاک‌های ورود به نمونه شامل این موارد بودند: ۱) باید نمره کل کیفیت زندگی، در پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)،بر اساس پژوهش Montazeri و همکاران (2005)، بیش از یک انحراف معیار پایین تر از میانگین جامعه باشد ۲) تحصیلات دیپلم به بالا باشد. از میان ۲۳ داوطلب شرکت در طرح پژوهشی، تنها ۱۸ مادر سوگوار واجد ملاک ورود به نمونه بودند. میانگین سن مادران شرکت کننده در این طرح پژوهشی ۳۶ سال با انحراف معیار (۸±) بود و همگی آن‌ها خانه دار بودند. افراد واجد ملاک های ورود به

نمونه، به طور تصادفی در دو گروه ۹ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس مداخله درمانی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، بر روی افراد گروه آزمایش انجام شد و پس از اتمام برنامه درمانی، پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه کیفیت زندگی [۱] است. پرسشنامه کیفیت زندگی برای نخستین بار در سال ۱۹۹۲ توسط Ware و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ پرسش است که ۸ بعد از کیفیت زندگی را می‌سنجد. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی سلامت فرد از دو جهت وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت گانه این پرسشنامه، بدست می‌آید. هشت نیمرخ سلامت، شامل چهار نیمرخ است که نمرات مولفه های جسمانی [۲] را تشکیل می‌دهد و چهار نیمرخ دیگر نمرات جزء روانی [۳] را تشکیل می‌دهد. مولفه‌های جسمانی شامل: عملکرد جسمانی [٤](PF)، محدودیت-های نقش جسمانی [٥](RP)، دردهای بدنی [٦](BP)، سلامت جسمانی عمومی [٧](GH). مولفه‌های جزء روانی نیز شامل: نیروی حیاتی یا انرژی و زنده دلی [٨](VT)، عملکرد اجتماعی [٩](SF)، محدودیت‌های ناشی از نقش هیجانی [١٠](RE) و سلامت روانی [١١](MH) است که تمامی این اجزا وابسته به هم می‌باشند (Mallinson, 2005).در این پرسشنامه به استثنای یک سوال که به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را در طی دوره ای یکساله بررسی می‌نماید، بقیه سوالات در محاسبه امتیاز یک مقیاس مشخص بکار برده می‌شود. در مورد برخی سوالات، امتیازات مجددا کدبندی می‌شوند چنان که تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک جهت پیدا می-کنند.برای نمره‌گذاری ابتدا باید هر یک از عبارات پرسشنامه، از صفر تا ۱۰۰ ارزش گذاری شود، سپس امتیاز عبارات هر زیر مقیاس را با هم جمع کرده و میانگین هر زیر مقیاس را بدست می‌آوریم که عدد به دست آمده نشان دهنده درصد میزان سلامتی در آن بعد است. بنابراین هر چه نمره در یک زیرمقیاس بالاتر باشد، نشان دهنده سلامتی بیشتر در آن بعد است. برای محاسبه نمره کل که نشان دهنده میزان کلی سطح کیفیت زندگی است، مجموع اعداد بدست آمده از هر زیر مقیاس را با نمره عبارت شماره ۲ جمع کرده و تقسیم بر ۹ می کنیم (Montazeri و همکاران، 2005).این پرسشنامه برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی

1.Short Form Health Survey (SF-36)
2.Physical Component Scores (PCS)
3.Mental Component Scores (MCS)
4.Physical Functioning
5.Role-Limitations-Physical
6.Bodily Pain
7.General Medical Health
8.Vatility
9.Social Functioning
10.Role-Limitations-Eotional
11.Mental Health

سیاست های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی، کارایی خود را ثابت کرده است(Mallinson, 2005).پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران تایید شده است(α≥۰/۷)(Manzari, 2005).

طول مدت مداخله درمانی سوگ بهتر است بین ۸ تا ۱۰ جلسه در نظر گرفته شود (Worden, 1992). لذا مداخله مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام گرفت. همان طور که پیشتر بیان شد، در این پژوهش، از هر دو روش مداخله برای سوگ، یعنی هم مشاوره سوگ و هم درمان سوگ، استفاده شده است؛ به طوری که دو جلسه ابتدایی دوره درمانی، به صورت مشاوره سوگ و جهت تسهیل فرآیند سوگواری بوده است و جلسات سوم تا دهم، به مداخلات درمانی سوگ اختصاص یافته است. علت تخصیص دو جلسه ابتدایی به مشاوره سوگ، این است که بسیاری از افراد داغدیده برای اجتناب از تحمل درد سوگ، دوره سوگواری خود را کوتاه کرده و سعی در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته‌ای همچون انکار دارند و یا اطرافیان آن‌ها به اشتباه، به نحوی از سوگواری فرد ممانعت به عمل می‌آورند؛ لذا در این دو جلسه، تکالیف سوگواری و لزوم گذراندن آن‌ها، بر اساس روش Worden(1992)، شرح داده شد و تمرین‌های عملی لازم، جهت کمک به تسهیل طی کردن این تکالیف، ارائه شد؛ از جلسه سوم تا پایان دوره درمان، مداخلات مربوط به درمان سوگ انجام شد که مداخله درمانی پژوهش حاضر، یک مداخله ابداعی است که برگرفته از رویکرد شناختی- رفتاری به درمان می‌باشد؛ به این صورت که در این مداخله درمانی، با استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری سوگ به مادران داغدیده کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمدی را که در نتیجه وارد شدن این مصیبت در آن ها ایجاد شده، تغییر بدهند. در این مداخله درمانی، سعی بر آن بود که ابتدا با کمک گرفتن از فن شناخت درمانی «ثبت افکار ایجاد کننده هیجانات»، به ماهیت بسیاری از این افکار تحریف شده پی‌برده شود. سپس با استفاده از آموزه-های دینی و اسلامی، به بازسازی شناختی، تغییر افکار ناکارآمد، ایجاد یک جهان بینی واقع بینانه و کمک به ایجاد هدفی والا در زندگی پرداخته شد و از فنون شناخته شده تغییر رفتار در درمان سوگ نیز، جهت تغییر رفتارهای ناکارآمد استفاده شد.

ساختار جلسات به این صورت بود که در ابتدای هر جلسه، به مدت ۱۵ دقیقه، به بررسی تکالیف ارائه شده در جلسه قبل پرداخته می‌شد، سپس مدت ۶۰ دقیقه به توضیح درس مربوط به هر جلسه و بحث و گفتگو پیرامون مطالب ارائه شده، با تاکید بر مشکلات و تجربیات شخصی افراد، اختصاص داده می‌شد؛ در پایان هر جلسه نیز، به مدت ۱۵ دقیقه، تکالیف جلسه آینده توضیح داده می‌شد. در بعضی از جلسات، برخی نکات آموزشی، در قالب اشعار حافظ مرتبط با موضوع مورد بحث، ارائه شد. بدین صورت که ابتدا کل

غزل حافظ توسط اعضای گروه همخوانی می‌شد و سپس بیت های کلیدی مورد نظر در غزل، با استفاده از آیات و روایات اسلامی بسط داده می‌شد. از این حیث اشعار حافظ برای جلسات درمانی انتخاب شد که علاوه بر زیبایی و تاثیر گذار بودن این اشعار، حافظ نیز فرزند خود را در جوانی از دست داده بود و نحوه مقابله او با این فقدان، به عنوان الگویی برای مادران داغدیده، مسمر ثمر تشخیص داده شد. علاوه بر این، Stepakoff (2009)، روش شعر خوانی را به عنوان یکی از روش‌هایی که به برونریزی هیجانی داغدیدگان کمک می کند، معرفی می کند.

در جدول شماره ۱ شرح مختصری از برنامه جلسات درمانی ارائه می‌شود. مطلع غزل‌های مورد استفاده در جلسات نیز در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی

شماره جلسات	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
جلسه اول	معرفی طرح و توضیح زمانبندی و قوانین جلسات- خواندن غزل و توضیح مختصری در مورد جهانبینی حافظ- معرفی افراد گروه به یکدیگر و بیان تجربه فقدانشان.	پر کردن برگه «ثبت چگونگی ایجاد هیجانات توسط افکار»؛ صحبت درباره واقعه فقدان و بهره گیری از حمایت اطرافیان.
جلسه دوم	بررسی تکالیف؛ توضیح موارد زیر: داغدیدگی و آثار آن؛ واکنش های سوگ بهنجار و پاتالوژیک؛ فشار روانی و ضرورت مقابله با آن؛ گریستن و تاثیر آن در تخلیه هیجانی؛ چهار تکلیف سوگ؛ بررسی میزان پیشروی اعضا در تکالیف سوگ.	رفتن بر سر مزار فرزند؛ تهیه دفتر خاطراتی از فرزند و نوشتن نامه به او؛ توصیه به عدم مصرف دارو و تحمل دردهای معمول؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه سوم	بررسی تکالیف؛ همخوانی غزل و طرح موارد زیر در قالب غزل: قدرتمند شدن در برابر مصائب با تکیه بر منبع قدرت الهی؛ افزایش توان فرد صابر؛ تقدم وارد آمدن صبر بر بلا؛ استعانت از روزه و نماز؛ پایان پذیر بودن سختی ها و انتظار گشایش.	گرفتن یک روز روزه در هفته جاری و نوشتن احساسی که بعد از گرفتن روزه در اعضا ایجاد شد؛ مطالعه جزوه معنای سختی ها.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ توضیح معنا و فلسفه سختی‌ها در اسلام؛ چالش با افکار ایجاد کننده احساس گناه با استفاده از تکنیک شناختی واقعیت آزمایی.	مطالعه جزوه واقعیت شناسی دنیا؛ انجام ورزش روزانه حداقل به مدت ۲۰ دقیقه.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ توضیح موارد زیر: واقعیت شناسی دنیا؛ کارکرد روانی زهد؛ صبر، راهبرد مقابله با فشار روانی؛ آثار صبر؛ تعریف بی‌تابی کردن و آثار آن؛ چرخه معیوب	تهیه جدول برنامه روزانه؛ اختصاص دادن زمان مشخص برای فکر کردن به واقعه فقدان؛ مطالعه غزل جلسه آینده.

	عدم انجام فعالیت و شدت یافتن افسردگی؛ باورهای طولانی کننده سوگ.	
جلسه ششم	بررسی تکالیف؛ همخوانی غزل و طرح موارد زیر در قالب غزل: ناپایداری نعمت های دنیا؛ آثار دلبستگی به دنیا؛ غنیمت شمردن فرصت ها؛ مثبت نگری دینی؛ شکرگزاری؛ هنر کوچک کردن سختی ها.	تهیه فهرست ۵۰ تایی از نعمت‌های الهی و تفکر درباره آن ها پیش از آغاز نمازهای پنجگانه و نوشتن احساس خود؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف انجام شده؛ همخوانی غزل و بیان عوامل ایجاد نشاط یا شادی های موقت در زندگی در قالب غزل؛ آموزش تن آرامی پیشرونده.	انجام هر روزه تن آرامی (حداقل روزی یک مرتبه).
جلسه هشتم	بررسی تکلیف انجام شده؛ توضیح مطالب زیر: قضا و قدر؛ فلسفه دعا در اسلام و نحوه استجابت دعا؛ بیان چگونگی واکنش الگوهای صبر در برابر واقعه فقدان؛ مالک بودن یا امانتدار بودن انسان، در قبال نعمت های الهی؛ پاداش صبر در برابر مصیبت.	مطالعه زندگی یکی از صابران طول تاریخ و نحوه واکنش او در برابر واقعه فقدان محبوب و یادداشت نتایج مطالعه.
جلسه نهم	بررسی تکلیف انجام شده؛ توضیح موارد زیر: خلاصه ای از مبحث رویکرد وجودی در درمان روانشناختی؛ اشکال مختلف معنا، در زندگی؛ ضرورت ایجاد معنا در زندگی؛ بیان راه هایی جهت با معنا کردن زندگی در جهت کسب رضای خداوند؛مقام رضا به قضای الهی.	سر زدن به مراکز بهزیستی و گذراندن ساعاتی در کنار بچه ها و یادداشت احساس خود بعد از انجام تکلیف؛ مطالعه غزل جلسه آینده.
جلسه دهم	بررسی تکلیف انجام شده؛ توضیح موارد زیر: تعریف افسردگی به عنوان حالت متضاد شادی و رضایت خاطر؛ تعریف اضطراب به عنوان حالت متضاد آرامش؛ راه های ایجاد افسردگی و اضطراب با توجه به متون دینی و روانشناختی؛ راه‌های برطرف کردن اضطراب و افسردگی از دیدگاه اسلام؛ حسن ختام جلسات، همخوانی غزل مربوط به جلسه دهم.	توضیح در مورد گروه‌های همیاری متشکل از افراد داغدیده و در این راستا پیشنهاد به مادران جهت ادامه ارتباط با یکدیگر و تشکیل گروه همیاری.

جدول ۲.مطلع غزل های مورد استفاده در جلسات درمانی

شماره جلسات	مطلع غزل

جلسه اول	بلبلی خون دلی خورد و گلی حاصل کرد/ باد غیرت به صدش خار پریشان دل کرد
جلسه سوم	دردم از یار است و درمان نیز هم/ دل فدای او شد و جان نیز هم
جلسه ششم	رسید مژده که ایام غم نخواهد ماند/ چنان نماند چنین نیز هم نخواهد ماند
جلسه هفتم	ز کوی یار می‌آید نسیم باد نوروزی/ از این باد ار مدد خواهی چراغ دل برافروزی
جلسه دهم	بیا تا گل برافشانیم و می در ساغر اندازیم/ فلک را سقف بشکافیم و طرحی نو دراندازیم

یافته‌های پژوهش

به منظور تحلیل آماری داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

همانطور که نتایج جدول۴ نشان می‌دهد، مقدار F مشاهده شده برای متغیر گروه با تعدیل اثر پیش آزمون برابر با ۳۰۴۴۹/۰۰۷ و سطح معنی داری آن نیز ۰/۰۰۰۱ می‌باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل است. لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است و چون اثر متغیر کمکی(نمره پیش آزمون) معنادار نیست می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش در نتیجه اثر مداخله است و تکرار آزمون در آن نقشی نداشته است. به این ترتیب فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخش بودن مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده، مورد تائید قرار می‌گیرد.

جدول ۳.میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و کنترل

	گروه آزمایش		گروه کنترل		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۲/۷۷۸	۷/۸۹۲	۱۹/۴۴۴	۳۲/۸۶۷	۱۱/۱۱۱	۲۵/۳۰۷
پس آزمون	۸۵/۵۵۶	۲۹/۶۲۷۳	۵/۵۵۶	۱۶/۶۶۶۷	۴۵/۵۵۶	۴۵/۹۷۴

جدول ۴ .نتایج آزمون تحلیل واریانس در مورد تاثیر مشاوره و درمان سوگ بارویکرد دینی بر کیفیت زندگی (df t=18)

منبع واریانس	مجموع مربعات	میانگین مربعات	مقدارF	سطح معناداری
کیفیت زندگی	۱۸۷۴/۱۷۴	۱۸۷۴/۱۷۴	۳/۸۱۴	۰/۰۷
گروه	۳۰۴۴۹/۰۰۷	۳۰۴۴۹/۰۰۷	۶۱/۹۷۰	۰/۰۰۰۱
خطا	۷۳۷۰/۲۷۰	۴۹۱/۳۵۱		

نتیجه

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی بود که بر روی ۹ مادر داغدیده فرزند، انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی مادران داغدیده شده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Spuijو همکاران (2012)، Bennettو همکاران (2012)، Solomon &Rando(2012)، Maccallum& Bryant(2011)، Houwenو همکاران (2010)، Neimeyerو همکاران (2010)، Wagnerو همکاران (2008)، Murrayو همکاران (2008)، Boelenو همکاران (2007)، De Grootو همکاران (2007)، Coxو همکاران (2007)، Kissaneو همکاران (2006)، Shearو همکاران (2005) و Azhar&Vama(1995) همخوانی دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که با توجه به پژوهش‌های ذکر شده، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری سوگ بارها مورد تاکید قرار گرفته است، به طوری که امروزه درمان انتخابی برای سوگ، درمان شناختی- رفتاری در نظر گرفته می شود (Boelen, 2006). لذا تکنیک درمان سوگ به کارگرفته شده در مداخله ابداعی این پژوهش، به صورت تکنیک شناختی- رفتاری تعیین شد.همچنین مداخلاتی که در جهت مشاوره سوگ و تسهیل فرآیند سوگواری در پژوهش حاضر در نظر گرفته شده، مطابق با بررسی‌های انجام شده در پژوهش Stroebeو همکاران (2005) است؛ آن ها در پژوهش خود، موثرترین مشاوره سوگ را به صورت مداخله‌ای تعریف می‌کنند که به فرد داغدیده جهت برخورداری از حمایت اجتماعی، ابراز هیجانی[1] و شکل‌دهی مجدد به معنای فقدان کمک کند. لذا مداخلات مشاوره سوگ صورت گرفته در این پژوهش، عبارت بودند از: کمک به واقعیت بخشیدن به فقدان، کمک به بیان عواطف نهفته و ابراز نشده، کمک برای غلبه موثر بر موانع مختلف موجود بر سر راه سازگاری مجدد پس از فقدان، ترغیب مادران داغدیده به بهره گیری از حمایت عاطفی دیگران و شکل‌دهی مجدد به معنای مرگ فرزند با استفاده از منابع معتبر دینی.

همان طور که پیشتر اشاره شد، پرسشنامه کیفیت زندگی دارای هشت نیم رخ سلامت است که چهار نیم رخ آن، جزء جسمانی و چهار نیمرخ دیگر، جزء روانی را تشکیل می‌دهد.بنابراین تبیین و تفسیر فرضیه پژوهش حاضر، در قالب بررسی تاثیر مشاوره و درمان سوگ با رویکرد دینی، بر دو بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی، صورت می‌گیرد.

بعد روانی کیفیت زندگی، دربرگیرنده سلامت روانی و محدودیت‌های ایجاد شده برای فرد به خاطر مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی است (Robinson &Marwit, 2006). لذا در جهت کاهش

1.Emotional disclosure

میزان افسردگی مادران، در این مداخله درمانی، مداخلات شناختی- رفتاری با رویکرد دینی، بر روی نشانه-های عاطفی افسردگی (شامل: غمگینی، احساس گناه، تحریک‌پذیری و کناره‌گیری اجتماعی) و نشانه‌های شناختی افسردگی (شامل: ناامیدی نسبت به آینده و انتظار تنبیه)، انجام شد که در نتیجه‌ی ایجاد تغییر در الگوهای تفکر تحریف شده ی ایجاد کننده این نشانه‌ها، بهبود در نشانه‌های جسمانی افسردگی (شامل: کم شدن انرژی، تغییر در الگوی خواب، خستگی پذیری، تغییر در اشتها و کاهش علایق جنسی) مشاهده شد که در واقع مولفه‌های روانی و جسمانی کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهند.در این مداخله درمانی، برای کاهش افسردگی از روش بازسازی شناختی، استفاده شد. فرض زیربنایی در این تکنیک، آن است که افکار ما بر احساساتمان تاثیر می‌گذارد؛ در این تکنیک که برای درمان سوگ بسیار مهم می‌باشد، شناسایی این افکار و واقعیت آزمایی آن‌ها از لحاظ تعمیم افراطی یا سوگیرانه بودن، می‌تواند از احساسات ملال آمیز ایجاد شده توسط افکار غیر منطقی، مانند افسردگی، اضطراب یا خشم، بکاهد(Worden, 1992). به منظور بهره گیری از این تکنیک و برای کمک به مادران جهت شناسایی این افکار تحریف شده، در قالب تکلیف خانگی، از مادران خواسته شد تا در طول هفته، هرگاه دچار هیجان‌های ناخوشایند مذکور شدند، افکار به وجود آورنده این هیجان‌ها را، وارد برگه ثبت «چگونگی ایجاد هیجان ها توسط افکار» (Leahy, 2000)کنند. این روش باعث شد تا به تمامی افکاری که باعث ایجاد احساسات ناخوشایند در مادران شده بود، پی‌برده و در طرح مداخله درمانی، بخش‌هایی جهت کمک به ایجاد تغییر در این افکار در نظر گرفته شود. کاهش احساس گناه غیر منطقی مادران در مورد کوتاهی در مورد فرزندانشان، با استفاده از تکنیک شناختی واقعیت آزمایی، صورت گرفت.تحریک پذیری و خشم مادران نیز، با بیان علل ایجاد کننده خشم در دوران داغدیدگی و همچنین راه های کنترل خشم طبق روش Worden (1992)، کاهش یافت. برای ایجاد امید نسبت به آینده، به بحث و گفتگو پیرامون مساله پایان پذیر بودن سختی‌ها و انتظار گشایش، پرداخته شد. مداخله دیگری که بر روی کاهش میزان افسردگی صورت گرفت، توضیح سیکل معیوب رخوت و بی‌حالی و افزایش افسردگی بود (Burns, 1998) که برای برطرف کردن رخوت، از راهبرد رفتاری در درمان افسردگی، یعنی روش بازنگری فعالیت ها، برنامه ریزی فعالیت‌ها و گنجاندن فعالیت‌های لذت بخش در برنامه هفتگی (Hawton, 1989)، استفاده شد. با توجه به این که انتخاب هدف و معنایی والا در زندگی، از عوامل موثر در پیشگیری و درمان افسردگی از دیدگاه اسلام است (Kalantari, 1999)، جلسه‌ای نیز برای کمک به ایجاد معنا در زندگی مادران، اختصاص داده شد. در این جلسه معنا و هدف زندگی به این صورت تعریف شد که اولا باید باارزش‌تر از خود زندگی بوده تا ارزش تلاش کردن برای رسیدن به آن

وجود داشته باشد و ثانیا معنای زندگی باید پایدار باشد و در نتیجه این هدف و معنا، چیزی جز دستیابی به رضایت خداوند در تمامی وجوه زندگی نیست (Pasandideh, 2005). علاوه بر این، راه‌های ایجاد افسردگی از دیدگاه اسلام و راه های دستیابی به شادی پایدار و رضایت از زندگی، با استناد به آیات قرآن، (Faqihi, 2005) توضیح داده شد.

برای بهبود بعد اجتماعی، این امر مورد توجه قرار گرفت که بهترین راه کنار آمدن با فقدان، حضور در محیط اجتماعی است که در آن فرد داغدیده مورد حمایت عاطفی قرار گیرد (Stroebe, 2005). لذا در اولین تکلیف خانگی، از مادران خواسته شد که تا پایان دوره درمانی، در برنامه هفتگی خود، برای گذراندن ساعاتی در کنار یکی از دوستان یا بستگان حمایت‌گر و صحبت درباره واقعه فقدان فرزند خود، برنامه ریزی داشته باشند.

در این طرح درمانی، مداخلاتی برای سازگارکردن مادران با مرگ فرزندانشان و کاهش اضطراب و فشار روانی ناشی از فقدان نیز انجام شد؛ بدین صورت که در جلسات درمانی، سعی بر آن بود که افراد داغدیده از تخلیه و برونریزی هیجانی، به سمت اصلاح هیجانی سوق داده شوند. بنابراین در جلسه اول، مادران به بیان تجربه فقدان خویش پرداختند و از حمایت عاطفی اعضای جلسه برخوردار شدند. در جلسات درمانی، علاوه بر این که در مورد تاثیر گریستن در تخلیه هیجانی و تعادل شیمیایی بدن، توضیح داده شد (Greenberg, 2002)، این مساله مورد تاکید قرار گرفت که گریه کردن در سوگ عزیزان، در دین اسلام مورد نکوهش قرار نگرفته است و بدین صورت عقاید خرافی در این زمینه نیز اصلاح گردید. تهیه دفتر خاطراتی از فرزند از دست رفته و نوشتن نامه به او نیز، به عنوان راه‌هایی جهت تسهیل برونریزی هیجانی (Worden, 1992)، پیشنهاد گردید. از آنجا که Fitzgerald (2000)، ورزش کردن و استفاده از تکنیک‌های آرمیدگی را، به عنوان روش‌های موثری جهت کاهش فشار روانی و خشم دوران داغدیدگی، پیشنهاد می-کند؛ لذا در مورد تاثیر ورزش کردن در کاهش فشار روانی توضیح داده شد و یک جلسه نیز به آموزش تن آرامی پیشرونده و تمرین آن، اختصاص داده شد.

همچنین در این مداخله درمانی، صبر به عنوان مهمترین راهبرد مقابله ای مذهبی که فرد را در رویارویی با بحران ها یاری می‌کند (Pasandideh, 2005)، معرفی شد و مباحثی جهت پرورش صبر، با استفاده از قرآن و منابع معتبر دینی مطرح شد و جزوه‌هایی برای مطالعه در مورد این مضامین، به اعضای شرکت کننده در جلسات، داده شد. مباحث مطرح شده عبارت بودند از: واقعیت شناسی دنیا، مقایسه زمانی دنیا در برابر آخرت، وعده همراهی خداوند با صابران، مبحث مالک بودن یا امانتدار بودن انسان در قبال

نعمت‌های الهی، مبحث قضا و قدر، تصادفی نبودن و خارج از برنامه نبودن وقایع دنیا، تقویت معرفت به حکمت و خیرخواهی خداوند، اعتماد و تکیه کردن به منبع قدرت الهی، توجه به این امر که خداوند توان بردباری می‌دهد و افزایش توان فرد صابر، تقدم وارد آمدن صبر بر بلا، موازنه و برابر بودن میزان صبر با میزان مصیبت و استعانت از روزه و نماز. همچنین برای پرورش صبر، از مثبت نگری دینی به معنای مثبت نگری واقع بینانه، استفاده شد. مراد از این مثبت نگری، تخیل مثبتی که پشتوانه‌ای از واقعیت ندارد، نیست. بلکه مثبت نگری دینی، مبتنی بر کشف واقعیت‌های خوشایند موجود در زندگی است (Pasandideh, 2005). بر این اساس، شکرگزاری به عنوان یکی از راه‌های کاهش فشار روانی معرفی شد(Greenberg, 2002)و نحوه شکرگزاری واقعی نیز، توضیح داده شد. برای پرورش صبر، کاهش اضطراب و کمک به ایجاد آرامش پایدار در زندگی، موارد زیر با استفاده از قرآن و منابع معتبر دینی، مطرح شدند: کارکرد روانی زهد، انفاق و کارکرد آن در کمک به قطع وابستگی به دنیا و عمل به دستورات الهی در تمامی وجوه زندگی.برای پرورش صبر، همچنین داستان صبوری‌های الگوها و اسطوره های صبر، جهت سرمشق گیری و همانند سازی با آنان، بیان شدند که این روش، از شیوه‌های قرآن کریم برای پرورش صبر است (Khosravani, 1986).

به طور کلی، در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش نشان داد که با توجه به تاثیرات نامطلوبی که سوگ بر کلیه ابعاد کیفیت زندگی افراد داغدیده می گذارد، انجام مداخلاتی در جهت تسهیل سوگ و کاهش اثرات آن، ارتقاء سطح کلی کیفیت زندگی داغدیدگان را به دنبال دارد. در سطح عملی نیز، یافته های این پژوهش مؤید این مطلب است که در صورتی که به طور همزمان، مداخلات مشاوره‌ای سوگ، همراه با مداخلات درمانی سوگ، بر روی کسانی که در معرض خطر ابتلا به سوگ پیچیده (پاتولوژیک) قرار دارند، انجام شود، نشانه‌های سوگ در آن ها کاهش می‌یابد و در صورتی که این مداخلات بر روی آن ها صورت نگیرد، نشانه‌های سوگ در آن‌ها تشدید شده و سطح کیفیت زندگی آن‌ها بیش از پیش پایین می‌آید؛ همچنین پژوهش حا ضر بر موثر بودن مداخلات سوگ مبتنی بر فرهنگ، بر کاهش نشانه‌های سوگ و ارتقاء سطح کیفیت زندگی داغدیدگان تاکید می کند.

عمده‌ترین محدودیت پژوهش حاضر این است که مسلما تمامی شرکت کنندگان در طرح پژوهشی، از لحاظ شرایط زندگی و مشکلاتی که به طور کلی بر کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار است (مانند سطح سلامت جسمانی و روانی پیش از وقوع فقدان، مشکلات خانوادگی و زناشویی، مشکلات اقتصادی و شغلی و...)، در شرایط یکسانی قرار نداشتند و امکان ایجاد این یکسان سازی، به دلیل محدودیت در بررسی تمامی جوانب زندگی افراد، همچنین محدودتر شدن تعداد افراد شرکت کننده در طرح پژوهشی (به دلیل تعداد کم افراد

داوطلب برای شرکت در طرح پژوهشی)، وجود نداشت. لذا پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های مشابه آتی، با ارزیابی‌های بیشتری در جهت همسان سازی افراد مورد مطالعه، همراه باشد. همچنین با توجه به تاثیرات نامطلوبی که مرگ یکی از افراد خانواده، بر کیفیت زندگی افراد بازمانده می‌گذارد و نیاز جدی آن‌ها به کمک حرفه‌ای روانشناختی و اثربخش بودن مداخله درمانی این پژوهش، پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی جهت بررسی اثربخشی این مداخله درمانی (البته با ایجاد تغییراتی در طرح درمانی)، برای برطرف کردن آثار داغدیدگی و ارتقاء سطح کیفیت زندگی داغدیدگان سوگ همسر یا والدین نیز، صورت گیرد.

References

Azhar, M.Z., &Vama, S.L. (1995).Religious psychotherapy as management of bereavement.Acta Psychiatry Scand, 91(4), 233-245.

Bennett, S.M., Ehrenreich, J.,Litz, B.T., Boisseau, C.L., Barlow D.H. (2012). Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Prenatal Grief.Cognitive & Behavior Practice, 19(1), 161-173.

Boelen, P.A., &Prigerson, H.G. (2006).The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression and anxiety on quality of life among bereaved adults. European Arch Psychiatry & Clinical Neuroscience, 25(7), 444-452.

Boelen, P.A., De Keijser, J., Vanden, H.M.A., &Vanden, B.J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 75(1), 277-284.

Burns, D. (1998). Feeling Good.Translated by Qarachedaqi, M. (2007).Dayereh Publications. Tehran. (in Persian)

Cox, J.D., Burlingame, G.M., Campbell, J.E., Layne, C.M., &Katzenbach, R.J. (2007). Effectiveness of a trauma: Grief-focused group intervention: A qualitative study with war-exposed Bosnian adolescents. International Journal of Group Psychotherapy, 57(3), 319-345.

De Groot, M., De Keisjer, J., Neelemen, J., Kerkhof, A., Nolen, w., & Burger, H. (2007). Cognitive behavior therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomized controlled trail. *BMJ*, 334(7601), 994-1003.

Faqihi, A.N. (2005). Cougnitive behavioral therapy in etiology and treatment of depression, comparison of Islamic approach to the traditional approach.Third congress of Counseling from Islamic perspective, young and soul. 12-15. (in Persian)

Ferrario, R., &Piredda, A. (2004). Counselling: a new door opens for cancer patients. *European Journal of Cancer Supplement*, 1 (5), 382-399.

Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010).Prevalence and determinants of complicated grief in general population.*Journal of Affective Disorder*, 127(2), 352–358.

Greenberg, J.S. (2002). Comprehensive Stress Management.Translated by Dehqani, M. (2008).Roshd Publications. Tehran. (in Persian)

Hafez, S.M. Khatibrahbar, Kh. (2006). Court of Sessions. Safi Publications. Tehran. (in Persian)

Hawton, K. (1989). Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems, A Practical Guide. Translated by Qasemzadeh, H. (2007).Arjmand Publications. Tehran. (in Persian)

Houwen, K., Vander, S., Henk, B., Vanden, J., Stroebe, M., &Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved.*Behavior Research & Therapy*. 48(5), 359-367.

Kalantari, M. (1999).Islamic thought in clinical psychology.Behavioral Sciences Research Center in the realm of Islam.Isfahan Univ. of Medical Science. (in Persian)

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011).Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample.*Journal of Affective Disorder*, 131(3), 339-343.

Kissane, D.W., Mchenzie, M., & Bloch, S. (2006). Family focused grief therapy: A randomized, controlled trail in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 1208-1218.

Khosravani, A.M. (1986). Khosravi Interpretation.Eslamieh Publications. Qom. (in Persian)

Leahy, R.L. (2000). Cognitive Therapy Techniques.Translated by Fata, L. (2008).Danjeh Publications. Tehran. (in Persian)

Maccallum, F., & Bryant, R.A. (2011) Autobiographical memory following cognitive behavior therapy for complicated grief.*Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 42 (26), 31-56.

MahmoudiQaraei, j. (2006). The Effect of group play therapy in Symptoms and pathology associated with grief Due to the trauma of the earthquake in 3 to 6 y.o. children of Bam. Journal of Pediatrics. 16(2):137-142. (in Persian)

Mallinson, S. (2002).Listening to respondents: A qualitative assessment of the short-form 36 health status questionnaire.*Social Science & Med*, 54(1), 11–21.

Montazeri, A. Gashtasbi, A. Vahdaninia, M. (2005).Translation, Assess the reliability and validity of Persian SF-36 standard tool.Payesh journal. (1)5:49-56 (in Persian)

Moreira, A.A. (2006). Religiousness and mental health; A review.*Review of Brass psychiatry*, 28(3), 242-250.

Moulaei, a. (2009). Effect of film therapy in Reduce the intensity of grief bereaved 17- 19 Y.O adolescent girls of Tehran. Thesis In partial fulfillment of MSc degree.Beheshti Univ. (in Persian)

Murray, L.K., Cohen, J.A., Ellis, B.H., &Mannarino, A. (2008).Cognitive behavioral therapy for symptoms of trauma and traumatic grief in refugee youth.*Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 585-604.

Nassbaumer, A., &Russel, R.I.R. (2003). Bereavement support unexpected death in children. *Journal of Counseling*, 36(3), 308-315.

Neimeyer, R.A., Burke, L.A., Mackay, M.M., Van, D.S., & Jessica, G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(1), 73–83.

Pasandideh, A. (2005). Satisfaction With Life. Darolhadis Publications. Qom. (in Persian)

Richards, P.S., &Bergin, A.E. (2005). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling & Psychology*, 34(2), 197-204.

Robinson, T., &Marwit, S.J. (2006).An investigation of the relationship of personality, coping, and grief involvement among bereaved mothers.*Death Study*, 20(4), 677–696.
Sadeqi, M. (2009).Effect of training life skills in the life quality of Isfahan young orphans.Thesis In partial fulfillment of MSc degree. Esfahan Payame Noor Univ. (in Persian)
Shear, K.M., Frank, E., & Houck, P.R. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance.*European Arch Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 257(8), 453–461.
Shear, K.M., Frank, E., Houck, P.R., & Reynolds, C.F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 29(3), 2601-2608.
Simon, N.M. (2007). The Prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief.*Comprisal Psychiatry*, 48 (5), 395–399.
Solomon, R.M., RandoT.A. (2012). Treatment of grief and mourning through EMDR: Conceptual considerations and clinical guidelines. *European Review of applied psychology*, 62(4), 231-239.
Spuij, M., Huiberts A.V. &Boelen P.A. (2012).Cognitive-Behavioral Therapy for Prolonged Grief in Children: Feasibility and Multiple Baseline Study. *Cognitive & Behavior Practice*, 20(1), 63-78.
Stepakoff, S. (2009). From destruction to creation, from silence to speech: Poetry therapy principles and practices for working with suicide grief. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (9), 105–113.
Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., &Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Med*, 23(3), 2440-2451.
Stroebe, W., Schut, H., &Stroebe, M.S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 395–414.
Teseng, W. (2004).Culture and psychotherapy; Asian perspective.*Journal of Mental Health*, 13(12), 151-161.
Wagner, B., &Maercker, A. (2008). An internet-based cognitive-behavioral preventive intervention for complicated grief: a pilot study. *G Ital Med Lav Ergon*,32(2), 46-58.
Warden, J.w., Davies, B., &Mccown, D. (1999).Comparing parent loss with sibling loss.*Death study*, 23, 10-15.
Wittouck, C., Van, A.S., De Jagere, E., Portzky, G., & Van, H.K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 69–78.
Worden, J.W. (1992). Grief Counseling & Grief Therapy.Translated by Firoozbakht, M. (1995).Abjad Publications. Tehran. (in Persian)
Wulff, D.M. (1997). Psychology of Religion.Translated by Dehghani, M. (2007).Roshd Publications. Tehran. (in Persian)